

### Cuestionario sobre Exposición a COVID-19 (Coronavirus)

Nombre del Solicitante	Número de Solicitud
------------------------	---------------------

Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible. Las mismas aplican a Titular para solicitudes de Seguro de Vida y a Titular y Dependientes para solicitudes de Seguro de Gastos Médicos, indicar en el detalle de sus respuestas el nombre de la persona o personas a las que aplican las mismas.

**USTED Y/O SUS DEPENDIENTES:**

1. ¿Está o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)?

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

---



---

2. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)?

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle fechas y ubicación.

---



---

3. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de Nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? O, ¿está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

---



---

4. ¿Ha resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?

Si  No

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo.

---



---

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas dentro de los últimos 14 días?

- Cualquier fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar
- Malestar general (cansancio gripal)
- Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal)
- Dolor de garganta
- Síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y/o diarrea

En caso afirmativo para alguno de éstos, indique cuál y detalle información:

---

---

6. Declaración de Viaje

a. Por favor indique su patrón de viajes de los últimos 14 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE ARRIBO	FECHA DE SALIDA

b. Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 30 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE ARRIBO	DURACIÓN PLANEADA

Si las respuestas anteriores no aplican, por favor indicar:

---

7. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?

SI  No

En caso negativo, por favor detalle:

---

---

### Declaración

Confirmando que las respuestas que he proporcionado para mi persona y mis dependientes, son de acuerdo a mi mejor conocimiento, verdaderas y que no he retenido información material que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este documento formará parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión, falsa o inexacta declaración, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**